Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

34 300 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016

Nr. 155 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 maart 2016

Hierbij stuur ik u, mede namens de Staatssecretaris van VWS, de maandelijkse verzamelbrief.

Op 16 februari heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) **de tussenrapportage «Concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen»** gepubliceerd waarin zij een eerste analyse heeft gemaakt van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.[1] De ACM heeft hierbij gekeken naar de wettelijke randvoorwaarden, de structuur van de sector, het gedrag van de partijen en de uitkomsten. Het rapport is feitelijk en verkennend van aard. De ACM kondigt vervolgonderzoek aan naar een aantal aspecten van de zorgverzekeringsmarkt:
- (i) de redenen waarom verzekeraars de ruimte om zich te onderscheiden van elkaar niet beter benutten en wat daarvan de gevolgen zijn voor consumenten;
- (ii) de invloed van toetredings- en groeibarrières op de concurrentiedruk vanuit nieuwe en kleine verzekeraars en hoe deze kunnen worden verminderd;
- (iii) de sterke differentiatie van het polisaanbod en de gevolgen hiervan op de concurrentiedruk vanuit verzekerden op de verzekeraars.

Ik vind het positief dat de toezichthouder op de mededinging door middel van onderzoek meer inzicht verwerft in werking van de zorgverzekeringsmarkt. Wanneer het definitieve rapport met conclusies en aanbevelingen beschikbaar is, stuur ik u dit toe samen met mijn reactie.

In het AO Thyrax van 26 januari jl. heb ik uw Kamer toegezegd terug te komen op de casus van de zogeheten **ACE stopper**, gebruikt door patiënten met een stoma. Uw Kamer gaf aan met name geïnteresseerd te zijn in de rol van de toezichtsautoriteiten in deze kwestie.

[1] https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15504/Tussenrapportage-concurrentie-op-markt-voor-zorgverzekeringen/

kst-34300-XVI-155
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

Het betreffende medisch hulpmiddel is op de markt geplaatst door de fabrikant Medicina gevestigd in Groot-Brittannië. Op 16 maart 2015 heeft de Britse toezichthouder de MHRA de Europese lidstaten geïnformeerd over een correctieve actie van Medicina m.b.t. de ACE stopper. Medicina geeft daarin aan dat de veiligheid en prestaties van het hulpmiddel niet naar behoren zijn beoordeeld en de CE-markering van het hulpmiddel bijgevolg ongeldig is. De fabrikant adviseerde daarom dit product uit de markt te nemen.
Ondanks dat het product ook in Nederland op de markt is, had de fabrikant deze actie nog niet gemeld bij de IGZ. Pas na herhaaldelijk verzoek heeft de fabrikant deze correctieve actie op 17 augustus jl. bij de inspectie gemeld. Intussen had de MHRA al contact opgenomen met de IGZ over problemen met de fabrikant Medicina m.b.t. ongeldige CE-certificaten van *meerdere* medische hulpmiddelen, waaronder ook de ACE-stopper. De MHRA blijkt te zijn geïnformeerd door de Britse Notified Body SGS. Blijkens onderzoek is de IGZ door Medicina de afgelopen jaren op de hoogte gesteld van 14 correctieve acties. De MHRA doet onderzoek naar Medicina en Eurosteriel. Waar gewenst ondersteunt IGZ de MHRA. De inspectie heeft gedurende deze problematiek geen signalen uit het veld ontvangen over problemen doordat bepaalde medische hulpmiddelen van Medicina niet meer leverbaar zijn. Het signaal van het ouderpaar aan de Kamer over de ACE stopper is het eerste signaal dat de inspectie hierover ontvangt. De inspectie speelt in principe geen rol wanneer medische hulpmiddelen niet meer leverbaar zijn, maar beoordeelt wel altijd het risico voor de patiëntveiligheid. De inspectie heeft het risico in dit geval niet hoog ingeschat, anders had zij uiteraard acties ondernomen om de beschikbaarheid van alternatieven in kaart te laten brengen. Deze casus is niet te vergelijken met de Thyrax casus. Overigens is inmiddels een alternatief voor de ACE-stopper op de markt beschikbaar.

Zoals toegezegd in het Algemeen Overleg Ambulancezorg/Acute zorg van 18 februari jongstleden heb ik nagezocht wanneer met vertegenwoordigers van werknemers is **gesproken over mogelijke opties voor de structurele ordening van de ambulancezorg**. Op 8 april 2015 heeft het ministerie hierover gesproken met de branchevereniging V&VN-ambulancezorg. Tevens is dit onderwerp in een bestuurlijk overleg met V&VN op 16 juni 2015 aan de orde geweest. Op 14 oktober 2015 zijn de opties besproken met het Landelijk Platform Ondernemingsraden Ambulancezorg (LPOAZ).

Hierbij bied ik uw Kamer het signalement van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) aan met als titel **«Integriteit in zorgorganisaties: perspectieven van bestuurders»**[2]. Het CEG heeft een aantal gesprekken gevoerd met bestuurders in de zorg over het thema integriteit. De impressies die zij uit deze gesprekken hebben gehaald, hebben zij in dit signalement neergelegd.
Het CEG gaat naar aanleiding van dit signalement enkele dialoogbijeenkomsten organiseren over dilemma's waar verschillende vragen rond integriteit in het geding zijn.
In onze agenda goed bestuur hebben de Staatssecretaris en ik aangegeven dat wij het debat over goed bestuur willen stimuleren. De bijeenkomsten die het CEG gaat organiseren sluiten hier goed bij aan. De uitkomsten van deze dialoogbijeenkomsten zal ik dan ook betrekken bij onze agenda goed bestuur.

Op 26 januari 2016 heeft het platform» LOC Zeggenschap in zorg» de eindrapportage van de pilot **«Vroegtijdige signalering van mogelijke zorgfraude»** aan mij aangeboden. In deze pilot hebben vijf cliëntenorga-

[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

nisaties samengewerkt bij het openstellen van meldpunten voor vermoedens van onrechtmatige zorg. Het doel was te onderzoeken of het mogelijk en zinvol is om bij en via cliëntenorganisaties meldingen door cliënten van onregelmatigheden, mogelijke onrechtmatigheden, mogelijke fraude en oneigenlijk gebruik te verzamelen, te verrijken en door te geven aan toezichthoudende en handhavende instanties.
De Staatssecretaris heeft toegezegd u te informeren over de bevindingen van deze rapportage[3]. De eindrapportage is als bijlage bij deze brief meegezonden[4]. Enkele bevindingen betreffen:

- De cliëntenorganisaties hebben via de meldpunten in totaal 534 meldingen ontvangen, waarvan 140 anoniem.
- Melders zijn zorggebruikers, hun familieleden en (ex-)medewerkers van zorgaanbieders. Cliëntenraden hebben weinig meldingen gedaan.
- Er zijn relatief veel meldingen ontvangen die geen betrekking hadden op zorgfraude en oneigenlijk gebruik, waaronder klachten over de kwaliteit van zorg.
- 90 meldingen zijn doorgeleid naar toezichthoudende en handhavende instanties, omdat hier vermoedens waren van onrechtmatigheden. In een beperkt aantal gevallen bleek sprake van fraude.
- De informatieverstrekking aan individuele cliënten over (de financiering van) het zorgstelsel en de regels is vatbaar voor verbetering.

Wij hebben kennis genomen van de bevindingen van de pilot en deze worden thans ook betrokken bij de vormgeving van een centraal meldpunt voor alle signalen van mogelijke zorgfraude. Belangrijke uitgangspunten voor dit centraal meldpunt die uit de pilot naar voren kwamen zijn: een goede vindbaarheid en laagdrempeligheid van het meldpunt, en een goede terugkoppeling over wat er met een melding is gedaan.

In het antwoord op de vragen van het Kamerlid Bruins-Slot (CDA) over extreem magere modellen in de mode-industrie (Aanhangsel Handelingen II 2015/16, nr. 45) heeft de Staatssecretaris toegezegd u te informeren over de **effecten van het verbod op het gebruik van extreem magere modellen in het buitenland**. Navraag in het buitenland heeft hierover geen nieuwe informatie opgeleverd. Het veranderen van ideaalbeelden in de modewereld, de doorwerking daarvan op het ideaalbeeld van jonge vrouwen en vervolgens op hun leefstijl en gezondheid is een langdurig proces dat niet op korte termijn is te realiseren. De Franse wetgeving is nog te kort van kracht om al zichtbare effecten te kunnen realiseren.

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft ZonMw afgelopen jaren **het programma «Op één lijn»** uitgevoerd. Dit programma heeft tot doel de organisatieontwikkelingen van de eerste lijn te verbeteren door inzicht te verkrijgen in verschillende samenwerkingsstructuren binnen de eerste lijn en met welzijn, in de diverse vormen waarin samenwerking zich voordoet. Het programma richtte zich in eerste instantie vooral op het op doen van kennis en ervaring over samenwerking binnen de eerste lijn door circa 80 praktijkprojecten te ondersteunen en daarmee de organisatieontwikkeling in de eerste lijn te stimuleren. Deze praktijkprojecten zijn geëvalueerd om vervolgens ook zicht te krijgen op de succes- en faalfactoren van samenwerking in de eerste lijn. Een belangrijk uitdaging was ook het vertalen van deze kennis naar toegankelijke informatie en bruikbare instrumenten voor zorgverleners en zorgorganisaties in de praktijk. ZonMw heeft zich het laatste jaar van het programma dan ook vooral gericht om de opgedane kennis en goede voorbeelden ook in andere samenwerkingsstructuren te verspreiden. Dit door de gedragsmatige

[3] Kamerstuk 32 012, nr. 25.
[4] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

factoren van samenwerking te publiceren, video's te verspreiden van goede voorbeelden en bijvoorbeeld projectleiders van goede voorbeelden ook te ondersteunen bij de implementatie en de vertaling van goede voorbeelden naar andere regio's met behulp van kennisvouchers.

ZonMw heeft de resultaten van het programma «Op één lijn» gebundeld met de zeven andere programma's die bij ZonMw liepen die waren gericht op de verbinding tussen zorg, preventie,en welzijn onder het initiatief «Zorg en Ondersteuning in de Buurt». Op de website van ZonMw is alle informatie op een publieksvriendelijke wijze te vinden over beide programma's.

Op 19 januari jl. heb ik in een bestuurlijk overleg met de betrokken partijen gesproken om de **kwaliteit van hulpmiddelenzorg voor de patiënt** eenduidig, transparant en aantoonbaar te verbeteren met als uitgangspunt; «het juiste hulpmiddel bij de juiste patiënt; eenvoudig waar het kan, ingewikkeld waar dat nodig is». Er zijn concrete afspraken gemaakt met als doel het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en zorgen dat ze bij de zorginkoop een rol spelen. Alle partijen hebben hun commitment uitgesproken aan de doelstellingen van het overleg, het tijdspad en de focus op richtlijnen. Er zal om te beginnen in drie werkgroepen (stoma- incontinentie- en diabeteshulpmiddelen) worden gewerkt aan een concrete kwaliteitsagenda die partijen zelf zullen uitvoeren en waarin ook andere relevante aspecten aan bod kunnen komen.
Afgesproken is om deze activiteiten op tijd af te ronden zodat de eerste uitkomsten al bij de contractering van hulpmiddelenzorg voor 2017 benut kunnen worden. Ik heb partijen opgeroepen om snel vooruitgang te boeken en om gebruik te maken van goede voorbeelden uit de praktijk.

In mijn brief van 2 juli 2013 over het hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Kamerstuk 25 424, nr. 221) kondigde ik aan onderzoek te zullen doen naar **het beroep en de tijdsbesteding van hoofd- en medebehandelaren in de GGZ**, met het oog op een norm voor hoofdbehandelaarschap voor 2016. De eerste fase van dit onderzoek heb ik u aangeboden bij brief van 7 mei 2015 (Kamerstuk 25 424, nr. 272). Op dat moment waren onvoldoende declaratiegegevens beschikbaar voor een goede analyse van het beroep en de tijdsbesteding van hoofdbehandelaren en medebehandelaren sinds de aanpassing van de regelgeving per 2014. Pas in oktober 2015 was de informatie voldoende volledig om te kunnen analyseren. Bijgevoegd rapport bevat de analyse van Casemix[5].
Uit de analyse van Casemix blijkt dat de hoofdbehandelaar in de meeste gevallen een psychiater of GZ-psycholoog is. In mindere mate is het beroep van de hoofdbehandelaar psychotherapeut of klinisch psycholoog. De hoofdbehandelaar heeft slechts in 8% van de gevallen een ander beroep dan één van de genoemde vier. In 53% van de DBC's (gespecialiseerde GGZ) is de hoofdbehandelaar een psychiater. In 75% van de zorgverlening in de generalistische basis GGZ is de hoofdbehandelaar een GZ-psycholoog. In de categorie chronisch in de generalistische basis GGZ is de hoofdbehandelaar ook geregeld een verpleegkundig specialist. De psychiater is bij alle diagnosen de meest voorkomende hoofdbehandelaar, behalve bij de overige diagnosen kindertijd. Bij deze diagnose is de GZ-psycholoog vaker hoofdbehandelaar. Bij instellingen is de psychiater het vaakst hoofdbehandelaar, bij vrijgevestigden de GZ-psycholoog. Bij vrijgevestigden wordt de meeste tijd besteed door de hoofdbehandelaar. Bij instellingen wordt het grootste deel van de tijd besteed door medebehandelaren. Er zijn wat verschillen tussen clusters van verzekeraars, maar

[5] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

geen grote. Alle clusters van verzekeraars zetten de zelfde vier beroepen in als hoofdbehandelaar met slechts een kleine categorie overige beroepen. Ook zijn er geen grote regionale verschillen.

Uw Kamer heeft mij om een reactie gevraagd op **het onderzoek van de NZa naar de informatieverstrekking door zorgverzekeraars**, alsmede op de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven in de door enkele zorgverzekeraars aangespannen zaak tegen de NZa. In april verwacht ik u mijn reactie op het onderzoek van de NZa naar het afgelopen overstapseizoen op de zorgverzekeringsmarkt te kunnen doen toekomen. Hierbij zal ik ook stilstaan bij het onderzoek van de NZa naar de informatieverstrekking door zorgverzekeraars.

In de brief van 2 juli 2014 heeft de Minister van Economische Zaken u geïnformeerd over zijn besluit om de interventiewaarden voor nucleaire incidenten af te stemmen op de waarden in Duitsland en België (Kamerstuk 32 645, nr. 60). Een interventiewaarde is de hoeveelheid straling waarboven het nemen van een beschermingsmaatregel, zoals **jodiumprofylaxe**, gewenst is. Voor de argumentatie voor deze beslissing verwijs ik u naar de brief. De afgelopen periode heb ik met vertegenwoordigers en deskundigen van onder andere veiligheidsregio's, apotheken, scholen en andere departementen gesproken over de haalbaarheid van verschillende mogelijkheden voor de distributie van jodiumtabletten in de nieuwe (grotere) voorbereidingszones.
In de eerste ringen rond de kerncentrales heb ik al eerder tabletten beschikbaar gesteld aan veiligheidsregio's voor predistributie aan burgers. De tabletten worden dan al uitgedeeld aan omwonenden terwijl er geen directe dreiging is van een incident waarvoor de tabletten nodig zijn. Zeeland heeft predistributie uitgevoerd tot 10 km rond de kerncentrale in Borsele en 20 km rond Doel (conform de oude interventiewaarden). Twente heeft dit ook gedaan voor de ring rond de kerncentrale in het Duitse Emsland. Daarmee zijn de meeste mensen die tot de doelgroep behoren in de eerste ringen voorzien van jodiumtabletten. Het gaat in de eerste ringen om mensen tot 40 jaar en zwangere vrouwen (voor het ongeboren kind). Boven een leeftijd van 40 jaar bestaat er op basis van wetenschappelijk onderzoek geen meerwaarde van het slikken van jodiumtabletten. Na overleg met de betrokken partijen gaat mijn voorkeur voor de tweede ring (tot 100 km) uit naar een combinatie van predistributie en distributie op het moment van een verwachte uitstoot van radioactief jodium. De doelgroep in de 100 km zone betreft mensen tot 18 jaar en zwangere vrouwen. De schildklier van (ongeboren) kinderen is gevoeliger voor radioactief jodium, waardoor ook op grotere afstand, bij een geringere blootstelling, jodiumtabletten effectief kunnen zijn. Ik heb opdracht gegeven om samen met de betrokken partijen een distributie- en implementatieplan op te stellen. Dit plan zal zoveel mogelijk aansluiten bij reeds bestaande distributiepunten, zoals apotheken en GGD'en. Ik zal u op de hoogte houden van de voortgang.
Op verzoek van het bestuur van de Veiligheidsregio Zuid-Limburg zijn rond de kerncentrale in het Belgische Tihange ook decentrale voorraden aangelegd en afspraken gemaakt met apotheken over distributie voor het geval dat een uitstoot van radioactief jodium wordt verwacht. Ik kan andere regio's tabletten leveren vanuit een landelijke voorraad voor distributie in de tweede ring als daar aanleiding voor is. In mei 2016 ontvang ik een extra voorraad jodiumtabletten om uitvoering te kunnen geven aan het plan van aanpak voor de distributie in de tweede ring.

Het Kwaliteitsinstituut en de NZa hebben onderzoek gedaan naar de **potentie van algemene indicatoren**, zoals onverwacht lange ligduur, ongeplande heropnamen, ongeplande heroperaties en vermijdbare sterfte, voor transparantie in de medisch specialistische zorg. Algemene

indicatoren kunnen mogelijk zorgen voor meer transparantie zonder toename van de administratieve lasten omdat ze bruikbaar zijn over meerdere aandoeningen heen en gebaseerd kunnen worden op al bestaande registraties. Het Kwaliteitsinstituut en de Nza moedigen ontwikkeling en het gebruik van deze algemene indicatoren aan. Het Kwaliteitsinstituut beoogt versnelde opname van deze indicatoren op de Transparantiekalender. Dat proces telt 3 stappen: prioriteren, ontwikkelen en uiteindelijk een verplichting tot aanlevering. Het bijgevoegde rapport beschrijft de potentie van deze indicatoren en wat de partijen hieromtrent kunnen verwachten van de NZa en het Kwaliteitsinstituut[6]. Wanneer de voortgang daar aanleiding toe geeft, zal ik u daarover nader informeren.

Zoals ik u eerder heb meegedeeld (Kamerstuk 32 620, nr. 151) vindt naar aanleiding van de aanpak en verantwoording jaarrekeningen medisch specialistische zorg en jaarrekeningen GGZ onder regie van VWS regelmatig technisch overleg plaats met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland (ZINL), Auditdienst Rijk (ADR) en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA). Genoemde partijen maken aanvullende afspraken met elkaar zodat de rechtmatigheid van de vaststelling van de risico-verevening (voor de jaren vanaf 2011) en de rechtmatigheid van de verantwoording van het zorgverzekeringsfonds door het Zorginstituut is geborgd. Helaas is gebleken dat – na 2011 – ook **de definitieve vaststelling risicoverevening 2012** naar verwachting een jaar later plaats vindt. Om de rechtmatigheid goed te regelen heeft het ZiNL voor de definitieve vaststelling 2012 gegevens nodig van zorgverzekeraars met een goedkeurende accountantsverklaring. Deze gegevens zijn nu nog niet beschikbaar in verband met de afsluiting van het budget voor instellingen (voornamelijk GGZ-instellingen) per ultimo 2012. Dat betekent dat de NZa medio 2015 nog een aanvullende uitvraag bij instellingen heeft gedaan om alle naijlende correcties op de opbrengsten over de periode 2008 tot en met 2012 in beeld te krijgen. De NZa heeft deze gegevens op 1 oktober 2015 ontvangen en de verwerking kon daardoor niet voor eind 2015 afgerond worden. Verwerking van deze informatie in de gegevens van de zorgverzekeraars is nu voorzien voor mei 2016. Dit is een jaar later dan gebruikelijk.

Donderdag 11 februari zijn acht ziekenhuizen gestart met **de pilot «goede overdracht»**. De pilot is onderdeel van het Programma Aanpak verspilling in de zorg en maakt gebruik van de TIP (Transfer Intervention Procedure). De deelnemende ziekenhuizen willen de zorg en communicatie rond de overdracht verbeteren en onnodige heropnames voorkomen. Het is belangrijk dat hier aandacht voor is. Maar liefst 7 tot 12 procent van de patiënten ligt binnen een maand na ontslag weer in het ziekenhuis. Een gebrekkige overdracht is één van de oorzaken.
Acht ziekenhuizen gaan de TIP implementeren. De TIP is een helder stappenplan dat helpt bij een tijdig en complete overdracht van patiëntinformatie en draagt bij een goed geïnformeerde patiënt.
Ik stuur u ter informatie de animatie waarin de complexiteit van de overdracht inzichtelijk wordt gemaakt en de TIP wordt toegelicht.[7]
Binnenkort zal ik u per brief nader informeren over de voortgang van het Programma Aanpak verspilling in de zorg.

Onder andere in de voortgangsbrief over samen beslissen van 29 oktober 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 169) heb ik u geïnformeerd over het doorlopen van een **kwaliteitscyclus op 30 aandoeningen** vanuit de kwaliteit en doelmatigheidsagenda. Dit gebeurt in 30 bijeenkomsten die in

[6] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.
[7] https://www.youtube.com/watch?v=V5pxZj3G_-c.

het voorjaar van 2016 worden georganiseerd. In januari en februari hebben de bijeenkomsten van de eerste 10 aandoeningen plaatsgevonden. De precieze aanpak op de 30 aandoeningen is beschreven in een plan van aanpak, dat ik u bijgevoegd ter informatie toe stuur[8].

Tijdens het AO patiëntveiligheid van 8 oktober 2015 (Kamerstuk 31 016, nr. 89), is gevraagd **om schade en fouten die veroorzaakt worden door medische technologie in ziekenhuizen door een onafhankelijke partij te laten onderzoeken** in plaats van door de ziekenhuizen zelf, zoals dat nu gebeurt. Ik heb aangegeven dat het me nuttig lijkt om dit nader te onderzoeken. Daarom heb ik aan de onderzoekers van het EMGO/NIVEL gevraagd om dit specifieke punt mee te nemen in de vierde monitor zorggerelateerde schade voor wat betreft het onderdeel medische technologie. De resultaten van deze landelijke monitor worden naar verwachting eind 2017 opgeleverd.
Om de veilige toepassing van medische technologie verder te vergroten is medische technologie één van de speerpuntthema's in het Veiligheidsmanagementsysteem. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Ziekenhuizen (Nfu) hebben een werkgroep opgericht. Ook worden er conceptindicatoren voor de medische technologie opgesteld ten behoeve van de basisset prestatie-indicatoren. Met deze indicatoren kunnen prestaties van ziekenhuizen transparanter gemaakt worden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft eerder aangegeven dat zij van de ziekenhuizen verwacht dat zij per 1 januari 2016 volledig en aantoonbaar voldoen aan het Convenant veilige toepassing van medische technologie in ziekenhuizen.

Zoals toegezegd in het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg van 27 januari 2016 stuur ik u hierbij de **Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015**, die op 23 februari 2016 door de Raad van Bestuur van de NZa is vastgesteld.
In de monitor besteedt de NZa aandacht aan de veranderingen in de regelgeving; de nieuwe organisatiemodellen en het medisch specialistisch bedrijf; welke afspraken er gemaakt worden tussen de verschillende spelers; en de effecten van de veranderingen op de aansturing van de ziekenhuizen. De NZa geeft aan dat de beoogde doelen van integrale bekostiging nog niet gerealiseerd zijn; het is een jaar na de invoering nog te vroeg om daar conclusies aan te verbinden. Tegelijkertijd doen zich volgens de NZa in de praktijk geen grote knelpunten voor door de invoering van de nieuwe organisatiemodellen. Een eerste positief resultaat van de veranderingen lijkt dat de onderlinge relatie tussen de verschillende entiteiten binnen ziekenhuizen verbeterd is, en dat er meer een gezamenlijk doel en een gezamenlijk belang ontstaat. Dat vind ik een goede ontwikkeling, ik acht het van groot belang dat de gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen verder toeneemt. De NZa doet daarnaast een aantal aanbevelingen aan partijen. Ik zal u dit voorjaar uitgebreid informeren over de ontwikkelingen rond integrale bekostiging. Bij die gelegenheid zal ik inhoudelijk reageren op de monitor van de NZa, en in het bijzonder op de door de NZa geformuleerde aandachtspunten en aanbevelingen. In de betreffende brief ga ik ook nader in op de quickscan integrale bekostiging en governance van TIAS, die ik u op 26 januari heb toegezonden (Kamerstuk 32 013, nr. 36). De NZa blijft de ontwikkelingen rondom de invoering van integrale bekostiging de komende jaren monitoren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[8] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.